

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL PERPETUO SOCORRO  
VILLAVIEJA - HUILA**



**MODELO DE ATENCION  
Y PRESTACION DE SERVICIOS**

**Enero 2020**

**TABLA DE CONTENIDO**

	<b>PÁG.</b>
<b>CONSIDERACIONES GENERALES.....</b>	<b>4</b>
<b>1.MARCO DE REFERENCIA.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1.Marco Legal.....</b>	<b>5</b>
<b>1.2.Marco Institucional.....</b> Marcador no definido.	iError!
<b>1.3.Marco Conceptual.....</b>	<b>6</b>
<b>2.MODELO DE ATENCIÓN.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1.Estrategias.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2.Descripción del Modelo de Atención.....</b>	<b>11</b>
<b>2.3.Limitantes y Obstáculos para el Desarrollo del Modelo.....</b>	<b><u>2</u></b>
<b>2.4.Objetivos.....</b>	<b>3</b>
2.4.1. Objetivo General.....	<u>123</u>
2.4.2. Objetivos Específicos.....	<u>123</u>
<b>2.5.Características del Modelo.....</b>	<b><u>124</u></b>
<b>2.6.Estrategias de Operativización.....</b>	<b><u>4</u></b>
<b>2.7.Operación del Modelo.....</b>	<b><u>125</u></b>
2.7.1. Descripción de la Operación.....	<u>125</u>
2.7.2. Equipo de Trabajo.....	<u>19</u>
2.7.3. Espacios de Acción del Equipo de Cuidado Básico.....	<b>iError! Marcador no definido.<u>0</u></b>
2.7.4. Instrumentos de Trabajo .....	<b>iError! Marcador no definido.<u>0</u></b>
2.7.5. Condiciones y Requerimientos.....	<b>iError! Marcador no definido.<u>0</u></b>

<b>2.8.Prueba Piloto.....</b>	<b>iError!</b>
Marcador no definido. <a href="#">1</a>	
<b>2.9.Seguimiento y Evaluación de la Prueba Piloto.....</b>	<b>iError!</b>
Marcador no definido. <a href="#">1</a>	
<b>3.MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.....</b>	<b>152</b>
3.1.1. Política de Contratación.....	<a href="#">2</a>
3.1.2. Selección De Prestadores.....	
<b>iError! Marcador no definido.</b> <a href="#">3</a>	
<b>3.2.Administración De La Red.....</b>	<b>iError!</b>
Marcador no definido. <a href="#">7</a>	
3.2.1. Administración De La Demanda.....	<a href="#">7</a>
3.2.2. Administración De La Utilización De Servicios.....	
<b>iError! Marcador no definido.</b> <a href="#">7</a>	
3.2.3. Seguimiento y Control a los Contratos.....	
<b>iError! Marcador no definido.</b> <a href="#">8</a>	
<b><a href="#">3.3.Acceso a Los Servicios De Salud.....</a></b>	<b>29</b>
<b>3.4.Mecanismos De Pago a los Prestadores.....</b>	<b>iError!</b>
Marcador no definido. <a href="#">1</a>	
<b>3.5.Suministro de Medicamentos.....</b>	<b>3</b>
<b>3.6.Vigilancia Epidemiológica.....</b>	<b>iError!</b>
Marcador no definido. <a href="#">3</a>	
<b>3.7.Atención a los Afiliados.....</b>	<b>iError!</b>
Marcador no definido. <a href="#">4</a>	
<b>ANEXO 1.....</b>	
<b>iERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.</b> <a href="#">5</a>	

## **CONSIDERACIONES GENERALES**

Las estrategias planteadas para este incremento de cobertura se relacionan con el Aumento de la cobertura del Régimen Subsidiado, basado en el Plan de Gobierno Nacional que establece ampliación de cobertura universal a toda la población que no se encuentre en ningún sistema de salud (Contributivo ó Subsidiado) y MIAS con implementación de las RIAS materno perinatal y promoción y mantenimiento de la salud.

La evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud se ha focalizado en el análisis y puesta en marcha de los mecanismos de operación desde el punto de vista de su marco normativo, financiamiento, procedimientos de asignación de recursos y flujo de los mismos, modelo de aseguramiento y organización de los prestadores de servicios, elementos que han marcado su desarrollo.

Su análisis permanente ha permitido detectar vacíos que han llevado a replantear la forma como operan algunos de sus componentes, entre otros el PIB, Programas de Promoción y Prevención, y el aseguramiento.

En especial, el fortalecimiento del Régimen Subsidiado ha sido considerado prioridad en las políticas de gobierno, y el actual se ha fijado el reto de lograr un aumento de la cobertura con una meta de 53.000 de nuevos afiliados del segmento de población más pobre y vulnerable al año 2008.

En el plan cuatrienal, el Ministerio de la Protección Social propone realizar el fortalecimiento del Régimen Subsidiado a través de 3 estrategias principales: Regionalización, administración del riesgo en salud y reducción de costos operacionales (estrategias consideradas en el Acuerdo 244) y plantea superar la administración del riesgo financiero alcanzado por las EPS-S en el pasado, ampliando este enfoque a la administración del riesgo en salud.

# **1. MARCO DE REFERENCIA**

## **1.1. Marco Legal**

La Ley 100 de 1993 expone claramente los fundamentos, principios y procedimientos relacionados con el aseguramiento de los riesgos en salud y la forma de prestación de los servicios de salud.

Decreto 1804 de 1999 por el cual se expiden normas del régimen subsidiado.

El Acuerdo 244 de 2002 del CNSSS por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del SGSSS.

Resolución Número 412 de 2000 por la cual se establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés de salud pública.

El Acuerdo 117 de 1998, por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Resolución Número 3384 de 2000 por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000.

Decreto 050 de 2003, por la cual se adoptan unas medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del Régimen Subsidiado del SGSSS.

El acuerdo 260 de 2004, por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Decreto 1011 de 2006 que define el Sistema de Habilitación de las entidades prestadoras de los servicios de salud IPS.

La Política de Prestación de Servicios, divulgada en Noviembre de 2005 por el Ministerio de Protección social, con el propósito de garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los colombianos.

El acuerdo 306 de 2005, el cual ajusta el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado para Subsidios Totales y Parciales.

Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Decreto 4747 de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras

disposiciones.

Decreto 3039 de 2007, Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010

Resolución 2680 de 2007, Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

Resolución 123 del Enero del 2012 MPS, Por el cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 del 2006 (Sistema Único de Acreditación)

Resolución 1441 de Mayo del 2013, Por el cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.

Resolución 5521 del 27 de Diciembre del 2013, Por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan obligatorio de salud (POS).

Resolución No. 2003 de 2014, Estándares de sistema único de habilitación en Colombia

Ley estatutaria de salud 1751 de 2015, La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Resolución 3202 de 2016 por el cual se desarrolla las Metodología de las RIAS

Resolucion-3280 de 2018, Implementación de las RIAS PP y materno (Rutas Integrales de Atención en salud)

-Ley 1966 de Julio del 2019, por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud.

Resolución No. 3100 de 2019, nuevo estándares de sistema único de habilitación en Colombia.

## **1.2. Marco Conceptual**

### **El Concepto De Salud**

La salud se ha definido como el estado de completo bienestar físico, mental, social, espiritual y no solamente la ausencia de enfermedad. Sin embargo, en el modelo operacional se define como un equilibrio dinámico entre la capacidad de crecimiento físico y psicosocial; la satisfacción percibida, la autoestima y el conocimiento alcanzado; la ejecución de los roles que mejoran y mantienen el bienestar del individuo, la familia y la comunidad. La interacción de estas tres áreas expone al individuo a su ambiente, lo cual puede resultar benéfico o nocivo para su salud.

En el modelo epidemiológico transaccional de la salud se define el contexto y el contenido del encuentro clínico, complementando así el contexto guía para el equipo de salud, integrando mente-cuerpo-espíritu con los factores biopsicosociales

y culturales que determinan la capacidad de ajuste o adaptación a las influencias ambientales.

El enfoque de riesgo es una tecnología compleja de proceso que se basa en las siguientes premisas:

Las personas, familias y grupos tienen diferentes grados de probabilidad de desvío de su salud y bienestar. Por ello la necesidad de esfuerzos y recursos debe ser proporcional a sus necesidades.

Los factores de riesgo, su control y la promoción de factores protectores requieren del esfuerzo participativo de todos.

La probabilidad de un resultado no deseado aumenta cuando la persona, la familia o grupo son expuestos a uno o más factores de riesgo y su salud mejora cuando se desarrollan factores protectores.

La salud como resultado sobre un ente biopsicosocial, está referida a experiencias en el pasado y presente, determinando la salud o la enfermedad en épocas posteriores.

Este enfoque integral de la atención sobre la salud del individuo y su familia, trasciende el concepto de las patologías. Esto nos remite a la conceptualización y definición de lo que es la atención, los servicios de salud y la calidad de los mismos.

**La Atención en Salud** es el conjunto de decisiones y acciones para resolver las necesidades específicas de salud y la **Calidad de la Atención**, se entiende como la presencia de atributos que debe tener el proceso individual de atención para lograr el máximo beneficio en la salud con los menores riesgos posibles para el paciente.

Por su parte los **Servicios de Salud** se definen como el conjunto de recursos físicos, tecnológicos y humanos, organizados para atender las necesidades individuales de salud de una población objetivo. La **Calidad del Servicio** es considerada como el conjunto de atributos que debe tener el sistema de prestación de servicios para garantizar los resultados esperados de la atención en salud de la población y la satisfacción de los afiliados según sus expectativas y condiciones.

Partiendo de estas definiciones generales sobre la salud en forma integral, y considerando todas las dimensiones del ser humano, podemos aproximarnos a enfoques, estrategias y formas de intervención del proceso salud-enfermedad.

### **El enfoque de I Nivel de Atención**

El enfoque puede ser muy valioso incorporándolo en un modelo de investigación operacional, epidemiológica y diagnóstica, asociada con programas de Información, Educación y Comunicación, prevención continua, entrega de servicios de salud con énfasis en el nivel primario y atención complementaria en los diferentes niveles de complejidad.

Este es de particular importancia, puesto que recogiendo los conceptos anteriores, las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tienden a tener influencia positiva en el individuo y familia.



En este contexto, la promoción y la prevención se replantea en términos de prevención primaria, anticipando la enfermedad; prevención secundaria, atendiendo oportunamente la patología cuando se presenta para minimizar sus complicaciones y prevención terciaria para llegar a la habilitación del enfermo, a través de programas sistemáticos y controlados.

Se requiere entonces hacer congruentes los contenidos, métodos y espacios con los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde el primer nivel de atención y el afinamiento de los procesos de referencia a otros niveles, procurando una activa participación de los afiliados.

De igual forma, se requiere de unas condiciones de eficiencia y eficacia de los servicios de salud ambulatorios, partiendo de un conjunto de características que deben reunir los recursos disponibles para anticiparse y atender adecuadamente las necesidades de salud de la población.

### **El Modelo De Atención De Salud**

En general, un modelo de atención en salud podría ser definido como la forma en que reconstruimos los fines y procesos para efectos de la atención de las necesidades y demandas en salud de la población afiliada, con el objetivo de obtener impactos positivos en la salud de las personas consideradas de manera individual y colectiva. El modelo de atención también se mueve en el contexto de las racionalidades culturales, políticas, económicas, tecnológicas, organizacionales, éticas y jurídico-normativas, según lo acuerden o impongan los actores que los articulan.

### **Informe General de la Empresa**

Nombre o razón social del Generador:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA--H

Dirección:

Carrera 3ª No. 3 – 17 –VILLAVIEJA- HUILA

NIT: 891.180.147-8

Teléfonos

(098) 8797641

Nombre del representante legal:

MAYERLY PATRICIA FIERRO MURCIA

Actividad Económica: Prestación de Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención.  
Baja de Complejidad.

*Villavieja- HUILA*



La Empresa Social del Estado Hospital Perpetuo Socorro del municipio de Villavieja, se conformó como E.S.E mediante Decreto.

La Empresa Social del Estado Hospital Perpetuo Socorro de Villavieja, (H), es una Entidad Pública descentralizada por servicios, del Orden Municipal, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Dirección Local de Salud e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sometida al régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículo 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios y demás disposiciones que lo modifiquen, adicionen, reformen o sustituyan.

### **Misión:**

Prestar servicios de salud del primer nivel de complejidad, logrando el mejoramiento de la calidad de vida en salud de los clientes internos y externos, creando cultura de prevención y promoción.

### **Visión**

Ser en el año 2015 una IPS eficiente en la prestación de servicios de salud del primer nivel de complejidad, cumpliendo con los estándares de habilitación y comprometido con la misión de la empresa, con procesos eficientes y situación financiera fortalecida.

### **Principios**

#### **Eficiencia**

Contamos con la capacidad técnica, física y científica para prestar servicios de calidad en salud para nuestros usuarios.

#### **Participación Social**

Para nosotros el usuario es lo mas importante por eso cada día mejoramos para suplir las necesidades básicas en salud en nuestro municipio.

#### **Universalidad**

Toda la capacidad técnico científica, se encuentra a disposición de todos los usuarios que necesiten nuestros servicios.

#### **Calidad**

Nuestra IPS cuenta con estándares de calidad que Permiten brindar a la Población un mejor servicio con alta capacidad científica.

#### **Equidad:**

Todos los usuarios de los regímenes contributivos, subsidiados y vinculados tienen los mismos derechos y deberes en nuestra Institución

## **Eficacia**

Prestamos servicios de calidad en el momento oportuno utilizando la tecnología científica apropiada.

## **Integridad**

La IPS busca suplir las necesidades básicas de salud de forma integral en el individuo, familia y comunidad usuaria de nuestros servicios.

### **Servicios de I Nivel de atención que presta**

- Urgencias 24 horas
- Consulta externa General: medicina, odontología y enfermería.
- Hospitalización obstétrica baja complejidad: Atención de partos
- Hospitalización General baja complejidad.
- Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica- Toma de muestra de Laboratorio clínico baja.
- Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica- Laboratorio clínico baja.
- Ultrasonido.
- Protección específica- Vacunación.
- Protección específica- Atención preventiva en salud bucal.
- Protección específica- atención en planificación familiar hombres y mujeres.
- Protección específica- atención del parto.
- Protección específica- atención del Recién nacido.
- Detención temprana- Alteraciones de crecimiento y desarrollo (<10 años).
- Detención temprana- Alteraciones del Desarrollo del Joven (10-29 años).
- Detención temprana- Alteraciones del Embarazo.
- Detención temprana- Alteraciones en el Adulto (> 45 años).
- Detención temprana- Cáncer de cuello uterino
- Detención temprana- Cáncer de Seno.
- Detención temprana- Alteraciones de la Agudeza Visual.
- Apoyo diagnóstico y complementación tamización de cáncer de cuello uterino
- Farmacia de baja complejidad
- Traslado asistencial básico 24 horas.
- Atención al usuario
- Programas especiales
  - Brigadas o Jornadas de salud modalidad extramural.
  - Saneamiento básico
  - Programa piloto:( Atención primaria en salud)- P. Casa materna.
  - Plan Territorial de Salud

### **Sedes**

- Sede principal
  - Hospital Nivel I de complejidad Centro Poblado de Villavieja.

## **2. MODELO DE ATENCIÓN**

Para el modelo de atención de la **ESE HOSPITAL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA - Huila**, el enfoque se aborda el concepto medicina familiar en donde el principio es determinar y conocer los riesgos y factores de riesgo que condicionan el estado de salud del individuo, familia y de la población, para caracterizarla y establecer las acciones e intervenciones programáticas que conlleven al control de esos riesgos y al mantenimiento de la salud. Si efectivamente se intervienen los factores de riesgo y primeras manifestaciones de enfermedad y éstas se tratan tempranamente; si el control de las enfermedades crónicas es adecuado y permanente, evitando que se presenten complicaciones, se impactan los niveles II y III de atención y se retardan los procesos crónicos por alto costo. De esta forma el manejo del riesgo se traduce en el mejoramiento de la calidad de vida y el control de costos en la atención.

### **2.1. Estrategias**

Las estrategias para el desarrollo del modelo propuesto son:

Fortalecimiento de la ejecución de las Actividades de Promoción y Prevención a cargo de la EPS-S, tanto en el adecuado cumplimiento de metas de cobertura como en el aseguramiento de la calidad de prestación de las actividades.

Implementación de un modelo efectivo de atención materno-infantil, con estadificación de factores de riesgo más ubicados en la realidad geográfica y cultural de los pacientes, las RIAS Materno infantil.

Estímulo de la resolutividad, como herramienta para la disminución de los costos económicos y sociales a los afiliados de la EPS-S.

Seguimiento y evaluación de los procesos de atención en pacientes con patologías, en los diferentes niveles de prestación de servicios, con retroalimentación a los prestadores y a los usuarios. La RIAS Cardiovascular.

### **2.2. Descripción del Modelo de Atención**

El análisis efectuado para definir el modelo de atención y prestación de servicios de salud parte de una base conceptual referida al desarrollo de estrategias de "Primer Nivel de Atención" como piedra angular de un modelo de atención.

También tiene en cuenta los contenidos del Plan de Beneficios del POS y lo establecido en Ley estatutaria de salud 1751 de 2015, con el objetivo de garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, y cumplimiento de la Resolución 3202 de 2016 por el cual se desarrolla la Metodología de las RIAS, desarrollando la Resolución-3280 de 2018, Implementación de las RIAS PP y materno (Rutas Integrales de Atención en salud) y demás normas que lo modifiquen o complementen.

Considerado que la puerta de entrada al Sistema es el Primer Nivel de Atención, en donde se debe resolver cerca del 85% de los problemas de salud de una población dada, el énfasis que se dé a este nivel de atención permitirá la canalización de esfuerzos en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la identificación y control de los factores de riesgo, y el diagnóstico e intervención

temprana sobre la enfermedad.

El funcionamiento eficaz y eficiente del modelo requiere de una gran capacidad resolutoria del recurso humano y de tecnología apropiada para la atención, así como de la activa participación de los afiliados en el autocuidado, bajo un sistema de calidad y mejoramiento continuo.

#### Objetivo General

Prestar servicios de salud de I nivel de complejidad con la racionalidad necesaria en la utilización de los recursos para el nuevo MIAS: Modelo de atención en salud desarrollando actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención cuando ésta se presente con la implementación de las RIAS, a fin de disponer de un proceso de atención para los pacientes, que tenga en cuenta los riesgos individuales, grupales y colectivos y permita la satisfacción de las necesidades y expectativas de los afiliados, con una mejor relación de costo-efectividad en la prestación de los servicios.

#### Objetivos Específicos

Prestar la atención a los usuarios y su grupo familiar, con características de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y suficiencia que generen satisfacción.

### **2.3. Características del Modelo**

El modelo está determinado por las siguientes características:

Garantizar el cumplimiento de la atención I nivel - POS.

Desarrollo del MIAS y las RIAS Materno infantil y promoción y mantenimiento de la salud con resolución en el Primer Nivel, según el plan de beneficios.

Atención integral al grupo familiar y según la etapa del ciclo vital.

Atención Primaria en salud, con coberturas amplias.

Prestación de servicios de salud con enfoque al riesgo.

### **2.4. Operación del Modelo**

#### Descripción de la Operación

Para la operación del modelo de atención se enfatiza en los procesos de prestación de servicios: El Primer Nivel de atención es un nivel de resolución de problemas e integración de recursos para prevenir y atender, de manera efectiva, las principales causas de enfermedad que afectan la población cubierta con implementación de las RIAS Materno perinatal y Promoción y mantenimiento de la salud.

El desarrollo de procesos se orienta a la transformación de una atención curativa hacia una atención preventiva, de tal forma que la gestión del conjunto del proceso pueda aportar adaptabilidad, flexibilidad y gradualidad.

### **Fase de Planificación y Programación de la Atención:**

El primer paso de esta fase es la priorización de las acciones específicas con base en el estudio de los riesgos individuales, y las prioridades del Ministerio de la Protección Social o de las autoridades locales de salud con criterio de georeferenciación de la población.

El segundo paso es la programación de las actividades de protección específica y detección temprana, y las metas a alcanzar, aplicando las Normas Técnicas y Guías de Atención (Acuerdo 117 de 1998 del CNSSS y Resolución 412 de 2000).

### **Fase de Atención:**

La ESE de primer nivel público, tiene la responsabilidad de la atención según el modelo propuesto, para ello la atención programática.

El equipo básico tiene como responsabilidad:

El desarrollo de acciones de prevención primaria a nivel individual y familiar fundamentalmente.

La detección de riesgos, la resolución de problemas según el nivel de su competencia y capacidad de resolución.

La canalización hacia el nivel superior de atención, en presencia de problemas o manifestaciones de enfermedad que no puede resolver.

Es fundamental el desarrollo de acciones de prevención primaria: Información, educación y comunicación para promoción de la salud y prevención de la enfermedad, intervenciones de protección específica, detección temprana e inducción de la demanda.

### **Primer Nivel Ambulatorio**

El equipo básico de cada prestador de primer nivel canaliza, por demanda inducida o espontánea, hacia los servicios de consulta externa. El ingreso a la atención en la IPS será sin que medie autorización, el afiliado sólo debe acreditar su derecho mediante el carné de afiliación, el documento de identidad y estar activo en la base de datos (Verificación en la base de datos).

Para responder a la característica de continuidad, los afiliados seleccionan a un médico general con gran capacidad resolutoria que se constituye en su médico particular, quien se encarga de evaluar las necesidades de remisión y valoración por parte de especialistas.

Las políticas, pautas, normas y procedimientos para la atención dentro del modelo propuesto serán concertadas con los prestadores y quedarán estipuladas en el Contrato de Prestación de Servicios IPS. Desarrollo de MIAS y las RIAS Materno infantil y promoción y mantenimiento de la salud con resolución



La atención ambulatoria incluye:

Desarrollo de MIAS y las RIAS Materno infantil y promoción y mantenimiento de la salud con resolución de la enfermedad

Consulta de medicina general

Atención de odontología general: Consulta, operatoria, endodoncia y exodoncia.

Ayudas Diagnósticas: Laboratorio clínico básico

Suministro de medicamentos esenciales

En el caso que el afiliado requiera atención en un nivel de mayor complejidad, por remisión o interconsulta u orden de servicios, será referido por el prestador y autorizado por la EPS-S en caso de ser servicios incluidos en el POS-S, de no estar incluidos, se le informará de la el trámite a seguir para obtener continuidad en su atención.

El afiliado, una vez atendido será contrarreferido al nivel básico para seguimiento, utilizando el formato establecido para tal fin, en donde se debe especificar la conducta a seguir, el tratamiento y los controles que se requieren.

### **3. MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

#### **I Nivel de atención**

Se constituye en la puerta de entrada al sistema de prestación de servicios. Requiere una visión amplia, completa, de contexto de la problemática de cada individuo en su entorno familiar y comunitario y la influencia de los factores de su entorno en la presencia de patologías para la orientación que deberá darse al manejo de las mismas.

Las actividades que caracterizan a este nivel de atención son fundamentalmente las de promoción y prevención con el Desarrollo del MIAS y las RIAS Materno infantil y promoción y mantenimiento de la salud con resolución consulta médica general, consulta odontológica general, ayudas diagnósticas: laboratorio clínico básico, y suministro de medicamentos.

Este nivel tiene la responsabilidad y competencia de remitir a otro nivel de complejidad a los pacientes que lo requieran, solicitar ínterconsulta con especialistas del segundo o tercer nivel, y hacer seguimiento al destino de los pacientes remitidos, las razones de su permanencia en ese nivel, o su retorno al médico general.

#### **Suministro de Medicamentos**

El suministro de medicamentos a los pacientes, hace parte de la atención y tiene como objetivo la iniciación oportuna, la continuidad y la integralidad del tratamiento prescrito para la recuperación o restablecimiento de la salud, que constituye parte fundamental dentro del proceso de atención..

#### **Transporte De Pacientes**

Como parte de los servicios, la Red incluye el de ambulancia en los casos establecidos en el Acuerdo 306 del 2005 del CNSSS.

El transporte de pacientes se garantiza a través de los servicios de ambulancia de las instituciones ambulatorias y hospitalarias de la red que tienen servicios de urgencias, o de servicio contratado directamente por el operador regional, de tal manera que se garantiza el traslado inmediato de pacientes, que habiendo recibido la atención de primera instancia en ese centro, por las condiciones de severidad en que se encuentre, requieran de atención en un nivel de mayor complejidad. El servicio de ambulancia garantiza el transporte asistido por personal de salud, de acuerdo con el estado de severidad del problema de salud del paciente. Las ambulancias que presten el servicio deben estar habilitadas y registradas.

### **3.1. Acceso a Los Servicios De Salud**

Para acceder a los servicios, se requiere que la persona esté afiliada a una EPSS-EPSC o SGSSSC, ello significa que no presente ninguna novedad que lo inactive en el sistema.

Para evitar barreras de acceso se cuenta con mecanismos en sistemas, que permiten validar la base de datos propia con la Base de datos disponible en la entidad territorial y con un mecanismo de actualización de la Base de datos

entregada a los prestadores de servicios de la red.

### **Acceso al Primer Nivel de Atención**

Todos los pacientes tienen acceso directo, a los servicios de promoción y prevención (para los cuales se canalizan a los programas); con el desarrollo de MIAS y las RIAS Materno infantil y promoción y mantenimiento de la salud atención oportuna en el servicio de urgencias, de consulta médica general y de consulta odontológica general, de tal manera que no se requiere de la decisión previa de un profesional de la salud para que el afiliado pueda obtener uno de estos servicios.

Para garantizar el acceso y la oportunidad en los servicios de primer nivel de atención de acuerdo con la oferta local, de contratos para los servicios de: urgencias, atención hospitalaria para los eventos de menor complejidad previstos para el POS-S, consulta médica general, consulta odontológica general, laboratorio clínico básico y programas de promoción y prevención.

El **suministro de medicamentos** aplica lo establecido en el listado del POS para el 2020 que actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud. Para garantizar oportunidad en la entrega y suficiencia, se dispone de contratos con red regional de proveedores de medicamentos con puntos de entrega o farmacias.

Para el suministro de medicamentos por fuera del POS-S, de acuerdo con lo regulado en la Resolución 1479/15 y la Resolución 2438 de 2018 del MPS.

### **Acceso a la Atención de Urgencias**

La atención de urgencia, definida como -aquella que se presta en forma inmediata a la solicitud, según el estado de severidad que presente el paciente al ingreso a una unidad de urgencias, por personal profesional idóneo para contrarrestar las causas que ponen en riesgo su vida-; se garantiza en todos los municipios de cobertura en el primer nivel de atención; en caso de requerirse atención en los otros niveles, se garantiza la atención inicial y según la oferta local, la atención de urgencias por referencia en el mismo municipio u otro que cuente con la tecnología y recurso idóneo.

La atención del parto de embarazo clasificado de bajo riesgo pero, con complicaciones durante el trabajo de parto, será remitido al nivel de complejidad requerido, sin que medie previa autorización. Esta debe ser informada por el prestador de servicios de salud durante las 24 horas siguientes al inicio de la atención.